

Forschungsschwerpunkt

Präventives Selbst

Herz-Kreislauferkrankungen
im Jahr der Geisteswissenschaften

Sicherlich ist auch bei Ihnen in den letzten Monaten ein Brief von Ihrer Krankenkasse eingetroffen, die Ihnen anbietet, an einem Bonusprogramm teilzunehmen: Sie halten sich fit, am besten mit Hilfe eines Präventionsprogramms, das auf Ernährung und Bewegung abzielt, und bekommen dafür am Jahresende von Ihrer Kasse eine kleine Prämie. Haben Sie sich schon überlegt, warum das passiert, was Sie davon halten und wie Sie darauf reagieren werden? Wie sehr beeinflusst denn Ihre zukünftige Gesundheit Ihren Alltag? Was weiß die Medizin, dass Prävention plötzlich so unheimlich wichtig für uns sein soll? Und ist das immer schon so gewesen oder verändert es uns als Mensch? Dies sind aktuelle Fragen, denen sich der interdisziplinäre »Forschungsschwerpunkt: Präventives Selbst« in den nächsten drei Jahren am Beispiel von Herz-Kreislaufprävention widmen wird.

Der im Rahmen des BMBF-Programms »Geisteswissenschaften im Gesellschaftlichen Dialog« geförderte *Forschungsschwerpunkt: Präventives Selbst* (www.csal.de) wird vom Institut für Europäische Ethnologie der Humboldt-Universität zu Berlin koordiniert und stellt eine Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, der Charité – Universitätsmedizin Berlin und der Universität Hamburg BIOGUM dar. Vier Teilprojekte widmen sich der Frage, in welchem Maße sich Repräsentationen des Menschen in den letzten 100 Jahren vor dem Hintergrund des bedeutenden Wissenszuwachses in den Lebenswissenschaften verändert haben. Diese Frage wird am Beispiel der historischen Entwicklung und der aktuellen Praxis kardiovaskulärer Prävention und Gesundheitsförderung erforscht. Dieses Feld ist vor allem deshalb von besonderem Interesse, da sich hier – bisher weitgehend unbemerkt von Geisteswissenschaften und Sozialforschung – ein von Medizin, Psychologie und Ökonomie geprägtes Hybridfeld entwickelt hat, das zunehmend einen massiven Einfluss auf soziale Alltage entfaltet. Am Beispiel verschiedener Präventionsprogramme kann daher gut untersucht werden, wie diese auf soziale Praxis, d.h. auf gesellschaftlichen Alltag, rückwirken und so Formen des Selbst und von Körperlichkeit, Formen von sozialer Beziehung und Familiarität verändern. Des Weiteren stellt Herz-Kreislaufprävention ein Feld dar, das in Medizin und Gesundheitspolitik mindestens seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert eine gleichbleibend hohe Aufmerksamkeit genießt – wobei jedoch die der Präventionspolitik explizit zugrunde liegenden ätiologischen Modelle ebenso wie die implizit vorausgesetzten Konstruktionen des »präventiven Selbst«, also des idealen, an seiner Gesundheit arbeitenden Individuums, einem bedeutenden historischen Wandel ausgesetzt waren.

Prävention in der Geschichte

In welcher Form und unter welchen sozialen, kulturellen und ökonomischen Bedingungen haben sich die Leitbilder der Gesundheitsprävention seit der Zwischenkriegszeit des 20. Jahrhunderts entwickelt?



Abb. 1

Kontroverse Posterkampagne der Gesundheitsförderung Schweiz – nur ein Beispiel für die komplexe Verschränkung von medizinischen Praxen und gesellschaftlichen Alltagen (Abdruck mit freundlicher Genehmigung der »Gesundheitsförderung Schweiz«)

Das moderne Präventionsmodell lässt sich als Fortsetzung älterer Präventionsbestrebungen des 19. Jahrhunderts analysieren. Präventionsregime und Präventionsverhalten haben sich in den westlichen Staaten seit dem Ersten Weltkrieg, parallel zur demografischen und »epidemiologischen Transition«, fundamental verändert. Der Übergang von einem Gesundheitssystem des 19. Jahrhunderts, das auf übertragbare Krankheiten (Cholera, Tuberkulose, Grippe) fokussiert war, auf eines, das im Laufe des 20. Jahrhunderts zunehmend von chronischen (unter anderem kardiovaskulären) Krankheiten dominiert wurde, hatte sowohl für staatliche, wissenschaftliche wie soziale Akteure weit reichende Folgen. Im bakteriologischen Zeitalter beruhten Präventionsprogramme meist auf staatlichen Zwangsmechanismen (z.B. Hygienisierung, Städtesanierung, Impfkampagnen). Dagegen gründet im Zeitalter chronischer Krankheiten Prävention auf individueller Handlungsautonomie und zivilgesellschaftlicher Selbstorganisation, während öffentlichen Instanzen eine appellatorische Rolle zukommt.

Die Forschung geht davon aus, dass die Bundesrepublik bis in die 1970er Jahre kaum über den Status eines präventionspolitischen Nachzüglers hinauskam und erst seither den Anschluss an den internationalen Stand der Präventionsdebatte gefunden hat. Die Gründe für diese verzögerte Entwicklung werden bis heute kontrovers diskutiert. Als wichtige Faktoren gelten die individualmedizinische Tradition und föderale Struktur des bundesrepublikanischen Gesundheitssystems sowie die traditionell starke Stellung der ärztlichen Standesvereinigungen darin.

Allerdings wurde die Entwicklung der Präventionspolitik bisher vor allem auf institutioneller und legislativer Ebene untersucht; weder die Geschichte der wissenschaftlichen Präventionsmodelle noch diejenige der



popularisierten gesellschaftlichen Leitbilder zur Gesundheitsvorsorge sind umfassend aufgearbeitet. Beides steht in direkter Beziehung zu der gesellschaftlichen Verbreitung und den längerfristigen Folgewirkungen wissenschaftlicher Präventionsdiskurse und staatlicher Präventionsprogramme. Diese Korrelation hat jedoch bedeutende Konsequenzen nicht zuletzt für die Art und Weise, wie Interventionen gedacht werden.

Biosozialität – gesellschaftlicher Alltag im Wandel

Präventionsprogramme stellen eine zentrale Schnittstelle zwischen professioneller Praxis in Wissenschaft, Wirtschaft und (politischer) Verwaltung auf der einen Seite und alltäglicher sozialer Praxis auf der anderen Seite dar. Sie konstituieren damit einen Raum, in dem soziale Praxis explizit mit normativen und pragmatischen Vorgaben konfrontiert wird. Prävention wirkt dabei nicht nur in Form von konkreten Programmen in den Alltag hinein, sondern beeinflusst auch in Form von normativen Ansprüchen und impliziten Leitbildern Verschiebungen von individueller und gesellschaftlicher Praxis. Dabei gestaltet die Vielzahl von – oft zudem konkurrierenden oder sich alternativ verstehenden – präventiven und gesundheitsfördernden Programmen diesen Raum äußerst heterogen.

Es gilt also, zum einen besser zu verstehen, wie Menschen für ihre eigene »Natur«, ihr »genetisches Schicksal« Verantwortung zu übernehmen beginnen, welche Konsequenzen dies für Repräsentationen von Mensch und Gesellschaft und soziale wie professionelle Praxis haben kann und wie sich dieser Prozess über verschiedene Generationen ausdehnt. Dieser Zusammenhang und die Frage, in welches neuartige Verhältnis die Einzelnen und die Gesellschaft gebracht werden, wird bspw. in der internationalen kulturalanthropologischen Literatur unter dem Stichwort der *new modes of citizenship* thematisiert. Ferner weisen Konzepte wie Biosozialität und somatische Individualität darauf hin, dass Identitätskonzepte immer stärker auch durch körperliche Faktoren geprägt werden. Damit werden sie auch zugänglicher für Interventionen durch neue Technologien und Wissensformen.

Zum anderen gilt es zu analysieren, welche Wissensbestände und Technologien sich in einem Präventionsprogramm verschränken. Aus wissenschaftsanthropologischer Perspektive beobachten wir hier die Alltage beteiligter Akteure und fragen, wie Wissen in Wissenschaft, Wirtschaft, Politik und Verwaltung generiert wird, welche Allianzen gebildet werden und warum und wie diese Prozesse letztlich in spezifische Präventionsprogramme münden, um sich dann mit gesellschaftlichem Alltag zu verschränken. An dieser Schnittstelle zwischen sozialer und professioneller Praxis gibt es gerade in Deutschland jenseits linearer *public understanding of science*-Ansätze große Verständnislücken.

Biomedizin – heterogene Wirkmächtigkeit

Einen wichtigen Teil dieser Verschränkungen stellt die Biomedizin dar, da Präventionsprogramme stark durch die wissenschaftliche Konzeptualisierung einer Krankheit und das Verständnis ihrer Ursachen geprägt werden. Hinsichtlich kardiovaskulärer Erkrankungen hat sich in den letzten Jahren die Vorstellung durchgesetzt, dass es sich dabei nicht um isolierte Phänomene handelt, sondern dass sie Teil und Ergebnis eines komplexen pathologischen Prozesses sind, der durch eine Reihe von spezifischen Risikofaktoren bzw. Symptomatiken charakterisiert ist.

Dieser Symptomkomplex wird seit den 1980er Jahren zunehmend unter dem Begriff »Metabolisches Syndrom« (MBS) oder auch »Syndrom X« zu einer nosologischen Einheit zusammengefasst. Damit wird postuliert, dass die unterschiedlichen Symptomatiken eine gemeinsame Ursache haben. Hinsichtlich dieser Ursachen existieren jedoch divergierende Hypothesen. Zwar gehen alle davon aus, dass bei der Entwicklung des Syndroms interne Strukturen des menschlichen Körpers und externe Auslöser zusammenspielen. Welche dies jedoch im Einzelnen sind und wie sie interagieren, wie also die äußere Welt auf das Innere des Menschen einwirkt und welche Mechanismen, Kausalitäten und Vermittlungsschritte dabei eine Rolle spielen, dazu existieren unterschiedliche Auffassungen und Modelle.

Während kardiovaskuläre Erkrankungen lange Zeit als Resultat »riskanten« Verhaltens (Rauchen, fettthaltige Ernährung, hoher Alkoholkonsum, wenig Bewegung etc.) galten, zu deren Ausbruch zusätzliche soziale Stressfaktoren beitragen konnten, rücken seit den 1990er Jahren Hypothesen in den Vordergrund, die der genetischen Veranlagung eine besondere Bedeutung zusprechen. Beispielsweise geht die *thrifty genotype*-Hypothese davon aus, dass im Laufe der menschlichen Evolution, die vielfach durch Nahrungsmangel

geprägt war, diejenigen Individuen einen Vorteil hatten, die eine niedrigkalorische Nahrung besonders gut verwerten konnten. Existiert ein Überangebot an Nahrung, nehmen sie in der Regel an Gewicht zu und entwickeln die für das metabolische Syndrom charakteristischen Stoffwechselstörungen, die schließlich zu Diabetes und kardiovaskulären Erkrankungen führen. Die neuere *thrifty phenotype*-Hypothese postuliert, dass das Nährstoffangebot *in utero*, also während der Embryonal- und Fetalentwicklung entscheidend dafür ist, welcher metabolische Zustand bei dem betreffenden Individuum epigenetisch fixiert wird. Danach werden Menschen, die in ihrer frühen Entwicklungsphase mit einem Mangel an essentiellen Nährstoffen konfrontiert waren, gute Nahrungsverwerter und ent-

wickeln demzufolge schneller ein metabolisches Syndrom als diejenigen, in deren früher Entwicklung ein Überangebot an Nährstoffen vorhanden war.

Bis auf wenige Ausnahmen wird in den geistes- und sozialwissenschaftlichen Arbeiten zu diesen Themen davon ausgegangen, dass das genetische bzw. medizinische Wissen mehr oder weniger unbestritten ist und biomedizinische Sachverhalte eindeutig beschreibt. Aktuelle wissenschaftssoziologischen Ansätzen zufolge ist jedoch auch biomedizinisches Wissen das Ergebnis eines komplexen Herstellungsprozesses, der nicht nur durch wissenschaftliche Präferenzen und apparative Techniken, sondern auch durch spezifische Vorannahmen, soziale Praktiken und gesellschaftliche Trends geprägt ist. Den Prozessen dieser laufenden Produktion medizinischen bzw. genetischen Wissens wurde bislang vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit geschenkt, so dass zur wissenschaftssoziologischen Rekonstruktion der Herausbildung genetisch definierter Krankheitsbilder derzeit nur vereinzelte Arbeiten vorliegen.

Neue Menschen erfinden

Der kanadische Wissenschaftsphilosoph Ian Hacking spricht von *making up people*, d.h. dem Herstellen und Erfinden von Menschen, um die Wirkmächtigkeit von wissenschaftlichen Klassifikationsmechanismen zu bezeichnen. Ein aktueller Aufsatz im *British Medical Journal* weist darauf hin, dass die neuesten Richtwerte für »normalen« Blutdruck und Serum Cholesterin in einigen Regionen Europas ca. 90% der über 50-jährigen Bevölkerung ein erhöhtes Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen zuschreiben, sie als *at risk* diagnostizieren. Die Konsequenzen solcher Klassifikation sind weitgehend unklar.



Abb. 2
Looping-Effekte zwischen
professioneller und sozialer
Praxis (nach Hacking, 2006)

Schnittstellenforschung

Looping-Effekte sind niemals geradlinige Prozesse. Über ihre konkrete Ausgestaltung an der Schnittstelle zwischen Natur und Kultur wissen wir nur wenig. Ein Grund hierfür ist die vor allem in Deutschland weitgehend disziplinär organisierte Forschung. Fragen nach der Entstehung und Aneignung von Wissensbeständen und ihren Auswirkungen auf Physiologie und Formen des Selbst liegen quer zu traditionellen Forschungsgebieten. Zwar wird vermehrt darauf Wert gelegt, dass innerhalb der biomedizinischen Lebenswissenschaften kooperiert wird. Gerade biosoziale Krankheiten wie Übergewicht, Depression oder Demenz werden dabei aber auf der sozial- und geisteswissenschaftlichen Seite unterkomplex gedacht

und untersucht. Und dies nicht, weil kein Interesse bestünde, sondern weil erstens die Möglichkeiten bisher nicht gegeben sind, solche *high risk – high gain*-Ansätze innerhalb universitärer Strukturen zu verfolgen. Zweitens fällt es den Geistes- wie den Sozialwissenschaften zum Teil aus guten Gründen schwer, ihre Denk- und Forschungsansätze anschlussfähiger zu gestalten. Der *Forschungsschwerpunkt: Präventives Selbst* möchte einen Beitrag dazu leisten, die Lebenswissenschaften in einem weiten Sinne zu konzipieren und Konzepte zu entwickeln, wie Natur- und Geisteswissenschaften im *Modus der Forschung* zu einer für beide Seiten erfolgreichen Zusammenarbeit im Alltag gelangen können.

Es muss davon ausgegangen werden, dass Formen des Selbst und von Körper sich gegenüber medizinischen Diagnosen verhalten und verändern müssen. Am Beispiel der Diagnose »erhöhtes kardiovaskuläres Risiko« wird ein Teilprojekt in einem unseres Wissens einmaligen Studiendesign der Frage nachgehen, wie sich Physiologie, Psyche und sozialer Kontext von Diagnostizierten im Wechselspiel miteinander verändern. Dabei liegt die Herausforderung in der Integration unterschiedlichster Daten, von Blutdruck und Blutfett über psychologische Fragebogenergebnisse bis zu Beobachtungsprotokollen von sozialen Stigmatisierungsprozessen und Veränderungen in stark kulturell geprägtem Essverhalten.

Von besonderer Bedeutung ist in diesem Kontext auch, welche Formen des Widerstands gegen medizinische und soziale Klassifikationsprozesse sich ausprägen. Denn dass die meisten kardiovaskulären Präventionsprogramme nur wenige Leute erreichen und selbst bei diesen häufig eher das Gegenteil von dem erzielen, was sie anstreben, ist in medizinischen Kreisen allgemein

bekannt. Neue Menschen werden also nicht einfach über medizinische Praxen hergestellt, sondern ergeben sich aus einem komplexen Wechselspiel in jeweils spezifischen soziokulturellen Kontexten. Das Ergebnis, veränderter sozialer Alltag, wirkt dann seinerseits wieder auf wissenschaftliche, politische und wirtschaftliche Bilder von Gesellschaft und damit selbstverständlich auch auf die Konzeptualisierung von Krankheit und Prävention. Es bildet sich eine Rückkopplungsschleife, die Hacking treffend als Looping-Effekt bezeichnet.

Das Forschungsteam erhofft sich von diesem zunächst auf drei Jahre angelegten Schwerpunkt zum einen Beiträge zu disziplinären Wissensbeständen. Zum anderen wird aber verstärkt Wert darauf gelegt, Fragen zu bearbeiten, die quer zu Disziplinen und damit zwischen den einzelnen Forschergruppen angesiedelt sind. Durch gemeinsame Veröffentlichungen werden wir dokumentieren, wie Zusammenarbeit zwischen Natur-, Geistes- und Sozialwissenschaften im Modus der Forschung möglich ist.



Dr. Jörg Niewöhner

Jg. 1975. Jörg Niewöhner hat an der University of East Anglia, GB, Umweltwissenschaften studiert und 2001 in der Risikoforschung promoviert. Er arbeitet seit 2004 am Institut für Europäische Ethnologie der Humboldt-Universität zu Fragen von Wissenstransfer und Körperkonzepten und koordiniert das Labor: Sozialanthropologie und Lebenswissenschaften.

**Forschungsschwerpunkt: Präventives Selbst
Interdisziplinäre Untersuchung einer emergenten
Lebensform**

Sprecher:

Prof. Dr. Stefan Beck
Forschungsverbund: Sozialanthropologie und
Lebenswissenschaften (C:SL)
Humboldt-Universität zu Berlin
Institut für Europäische Ethnologie
Mohrenstr. 41; 10117 Berlin
Tel.: +49 30-2093-3714
Fax: +49 30-2093-3726
E-Mail: stefan.beck@rz.hu-berlin.de

Projektpartner:

Prof. Dr. Stefan Beck / Dr. Jörg Niewöhner / Michalis Kontopodis
Humboldt-Universität zu Berlin
PD Dr. Dieter Gosewinkel / PD Dr. Martin Lengwiler / Dr. Jeannette Madarász
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
Prof. Dr. Regine Kollek / Dr. Martin Döring
Universität Hamburg
Prof. Dr. med. Vittoria Braun / Dr. med. Christoph Heintze
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Kooperationspartner/innen:

Prof. Nikolas Rose
BIOS, London School of Economics, Großbritannien
Prof. Didier Fassin
EHESS & Université Paris XIII, Frankreich
Prof. Jakob Tanner / Dr. Eberhard Wolff
Universität Zürich, Schweiz
Prof. Paul Rabinow
University of California, Berkeley, USA
Prof. Tobias Esch
Hochschule Coburg, Deutschland
Prof. George B. Stefano
Neuroscience Research Institute, State University of
New York & Forschungsdirektor Mind/Body Medical
Institute, Harvard Medical School, USA
Prof. Gregory L. Fricchione
Harvard Medical School & Psychiatrische Klinik am
Massachusetts General Hospital (MGH), USA
Prof. Margaret Lock / Prof. Allan Young
McGill University, Montreal, Kanada
Prof. Gerd Folkers
Collegium Helveticum, Schweiz
Prof. Klasien Horstman / Dr. Jens Lachmund
Universiteit Maastricht, Niederlande

Homepage: www.csal.de

Fördereinrichtung:

BMBF – im Rahmen des Programms »Geisteswissenschaften im Gesellschaftlichen Dialog«

Kontakt

Humboldt-Universität
zu Berlin
Philosophische Fakultät I
Institut für Europäische
Ethnologie
Mohrenstraße 41
D-10117 Berlin
Tel.: +49 30 2093-3716
Fax: +49 30 2093-3739
E-Mail: joerg.niewoehner@
staff.hu-berlin.de